



船員保険 疾病任意継続 資格取得申出・  
被保険者 保険料納付遅延理由 申出書

遅

被保険者 (申請者) 欄	① 記号・番号 (左づめ)								
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)							
	③ 生年月日	[昭和] [平成]		年		月		日	
	④ 住所	郵便番号		一				電話番号 (日中の連絡先)	( )

遅延理由	

※審査の結果、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

また、今後はお支払期限を過ぎての納付は認められません。

お支払期限までにお支払いいただけなかった場合、保険の資格を喪失することとなります。  
必ずお支払期限までにお支払いください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部